

OGGETTO: Censimento disabili gravi e richiesta di attivazione del Patto di Servizio ai sensi dell'art. 3, comma 4, lett.b), del D.P. n. 589/2018, Regione Sicilia.

**Soggetto richiedente**

Il/La Sottoscritt \_\_\_\_\_  
consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazione falsa o non corrispondente al vero, ai sensi del D.P.R. 28/12/2000 n.445, dichiara di essere:  
nat \_\_ a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
di essere residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_  
n. \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_  
cell. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_  
in qualità di beneficiario o di familiare delegato o di rappresentante legale (specificare il titolo)  
\_\_\_\_\_

**CHIEDE PER IL**

(da compilare solo in caso di familiare delegato o rappresentante legale (tutore, amministratore di sostegno, ecc.)

**Soggetto beneficiario**

sig./ra \_\_\_\_\_  
nat \_\_ a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
di essere residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_  
n. \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_  
cell. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

di essere censito presso il Distretto Socio Sanitario n. 37 e l'attivazione del Patto di Servizio, ai sensi dell'art. 3, comma 4, letta b), del D.P. n. 589/2018

**A TAL FINE DICHIARA**

- 1) che il beneficiario è disabile grave ai sensi dell'art. 3 comma 3 Legge 5 febbraio 1992 , n. 104;
- 2) di impegnarsi sin da ora alla sottoscrizione del Patto di servizio di cui all'art. 3, comma 4, letta b), del D.P. n. 589/2018;

Allega alla presente:

- Fotocopia documento di identità e del codice fiscale del beneficiario;
- Fotocopia documento di identità e del codice fiscale del richiedente se delegato o rappresentante legale del beneficiario;
- Eventuale copia del provvedimento di nomina quale amministratore di sostegno o tutore in caso di delegato.

Allega, altresì, in busta chiusa con la dicitura “*Contiene dati sensibili*”, i seguenti documenti:

- Copia (con diagnosi) della certificazione sanitaria di cui alla Legge L.104/92, art. 3 comma 3;
- Certificazione ISEE (fatta eccezione per i soggetti minorenni) in corso di validità.

Luogo e data \_\_\_\_\_

IL RICHIEDENTE

\_\_\_\_\_

**INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI CONFERITI CON IL PRESENTE MODULO E RESA AI SENSI DEL:**  
Codice in materia di protezione dei dati personali n.196/2006 aggiornato al D.Leg. 10 agosto 2018 “GDPR”

La Sig.ra/il Sig. \_\_\_\_\_ autorizza al trattamento dei dati, ai sensi della normativa richiamata, rilasciati esclusivamente per l’espletamento della procedura di cui alla presente richiesta.

Luogo e data \_\_\_\_\_

FIRMA

\_\_\_\_\_